

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-415020

37461

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAÏSSA AHMED

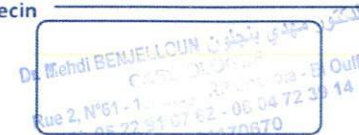
Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : Rabat

Tél. : 06 71 92 70 04 Total des frais engagés : 1.298,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/08/2020

Nom et prénom du malade : BENAÏSSA AHMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature of the insured person

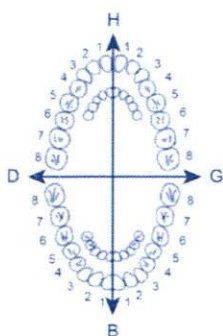
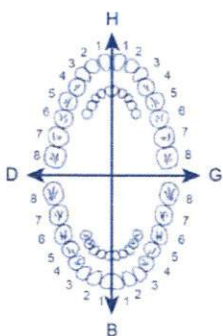
14 AOÛT 2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Soins
06/01/2020	CCF ELC		150,00 100,00	INP 17 Rue 2, N° 61-62 - 05 22 91 07 62 - 05 22 91 07 62 Tél: 05 22 91 07 62 - 05 22 91 07 62 NPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SAIB Zakaria SAIB Docteur en Pharmacie Bd. Oued Daoura El Azhar Casablanca - Tél: 05 22 91 18 19	06/01/2020	1048,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			INP : <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Mehdi BENJELLOUN

**Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux**



الدكتور مهدي بنجلون

**إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين**

Casablanca, le : 06/08/2020

BENAISSA Ahmed

AMLOR 10

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

TAHOR 10

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

VEINOXYL GEL

1 application, matin et soir

VITANEVRIL FORT

1 comprimé, 3 fois par jour

1048.50

PHARMACIE SAIB
Zakaria SAIB
Docteur en Pharmacie
Bd. Oued Daoura - Azhari II
Casablanca - Tél: 05 22 91 16 64

UT.AV : 1 2 3

P.P.V.

98 90

LOT N° : 1 2 8 6 6 7 6

P.P.V.

98 90

LOT N° : 1 2 8 6 6 7 6

UT.AV : 1 2 3

P.P.V.

98 90

LOT N° : 1 2 8 6 6 7 6

UT.AV : 1 2 3

P.P.V.

LOT N° : 1 2 8 6 6 7 6

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

082060 100811 9
6 118001 090280

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

VF62 1122

LOT

PER

Prix

75.00

VF62 1122

LOT

PER

Prix

75.00

VF62 1122

LOT

PER

Prix

75.00

PPV

LOT

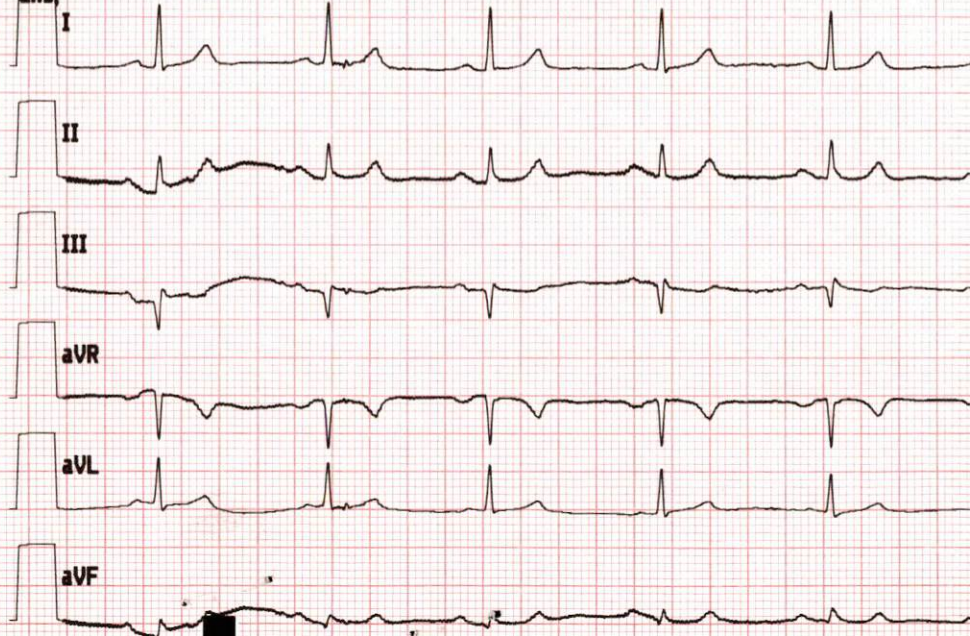
PER

2880

6-Aou-2020 11:06:59 Fréq. Card.: 67 BPM
Axes P-R-T: 47 12 38 Int PR: 170ms
Dur.QRS: 90ms QT/QTc: 352/367ms

ID:
D-naiss:

ans,



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

6-Aou-2020 11:06:59

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°67 - 1er Etage KP Chandra - El Ghazal
Tel: 95 22 91 07 02 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

BENATISA
AHMED

